

Fiche Médicale

Nom de l'enfant :	Prénom :	Date de naissance :	
Parent 1 Nom :	Prénom :	Parent 2 Nom :	Prénom :

Renseignements médicaux

Allergies
<input type="checkbox"/> Alimentaires
<input type="checkbox"/> Asthme
<input type="checkbox"/> Médicamenteuses
<input type="checkbox"/> Autres

Difficulté de santé

Traitement médical

Recommandations utiles des parents
